

## **Innholdsfortegnelse**

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Notater PSY2600 – Abnormalpsykologi.....                                                              | 1  |
| Forelesning 1 «om angst og sånt».....                                                                 | 2  |
| Forelesning 2 - ekstraforelesning om psykoanalyse .....                                               | 5  |
| Forelesning 3 - grunnleggende + schizofreni.....                                                      | 7  |
| Forelesning 4 – personlighetsforstyrrelser.....                                                       | 10 |
| Forelesning i abnormalpsykologi 2003-11-05.....                                                       | 13 |
| Depresjoner / affektive lidelser, somatoforme lideser. Div kommentarer på gamle eksamensoppgaver..... | 15 |

## Forelesning 1 «om angst og sånt»

Abnormalpsykologi 2003-10-08

Tilsvarende kapittel 5 i pensum.

Kjetil Arnulf – spesialist i klinisk psykologi, men jobber for tiden mest med organisasjonspsykologi.

Merk at det er mange foiler som ikke har vært oppe i forelesningen.

F40-48: Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (ICD10)

- Fobier
- Panikkangst
- Generalisert angstlidelse
- PTSD (posttraumatisk stresssyndrom)
- Somatoforme forstyrrelser
- Tvangsnevroser

Dette er en veldig diagnostisk inndeling, med klart atskilte sykdommer – litt psykiatrisk. (fra medisin) – fornuftig vitenskapelig og trykkesystemet.

Angstens komponenter

- Kognitive – tanker om hva som er farlig, skremmende osv.
  - Både konkrete og vage uspesifikke bekymringstanker, men nesten alltid et kognitivt komponent.
- Emosjonelle – følelsen av skrekk, trussel, undergang
  - Psykologi tradisjonelt delt opp i motivasjon, kognisjon og emosjon. Disse er ikke lette å skille fra hverandre – hva vil det si å føle skrekk? Vrient å beskrive uten å ta med det kognitive..
- Somatiske – alle reaksjoner involvert i sympaticus-aktivering
  - Alle er enige om at angst har en sterk somatisk side – det er en kroppslig (sympatisk nervesystem) reaksjon.
- Atferdsmessige – flukt, unngåelse, andre forsøk på å få kontroll.
  - Folk håndterer angst på forskjellige måter, dette er hva en gjør. Det er forskjellige individuelle uttrykk for angsten:
    - Når en flykter fra en bjørn i skogen er dette ok.
    - Når en flykter fra en tale er det en sosial fobi.
    - Om en unngår forelesninger så kan det være litt schizoid hvor en unngår alle andre mennesker (unngåelsesatferd).
    - Hektisk aktivitet, feks tvangsnervoser, som å vaske ting, sjekke at ikke noe står på. - en rekker ikke å få angst. (redd for overgrep, ble prostituert, redd for høyde klatrer i fjellet, osv)

DSM3 Interrate reliabilitet var .8 – dette betyr at 64% av variasjonen skyldes tilstand i pasienten, resten var den som vurderte.

Angst har samme indoeuropeiske grunnlag som «anger» som i Stavanger (Trang fjord), dvs det er noe som er trangt – åndenød.

Angst er den mentale gjenparten til smerteopplevelsen, den går igjen i de fleste

psykologiske lidelsene. (Men den er en veldig nyttig følelse, siden det regulerer atferd, det er lurt å være redd for bjørnen i skogen)

To aspekter gjør angst til et problem: Når angsten blir så omfattende og sterk at det ikke lengre er mulig å tilpasse seg. Det andre problemet er at det oppfattes som nokså urealistisk også av personen selv, det er et element av *irrasjonalitet*, som også gjør det vanskelig. (det dysfunksjonelle komponentet i diagnosen)

Løgn-detektorer måler utslag i det autonome nervesystemet. Kan måle blodtrykk, galvanisk respons, etc. Test: tenk på tall, hør 1-10 opplest med løgn-detektor påkoblet, det er veldig vanskelig å ikke gi utslag.

Muskel tonus i kroppen er ofte involvert, dette er muskelspenningsnivå som en ikke kan regulere direkte – kan medføre kink i nakken, hodepine, vondt i ryggen.

Også skjeggvekst er delvis påvirket av omgivelsene, om en ikke har mulighet for seksuell omgang (ødemarken) så vil testosteron nivået gå ned og en vil få mindre skjeggvekst. Dette er tilsvarende som menstruasjon for kvinner.

Vi blir veldig påvirket av at disse autonome reaksjonene skjer! Om en ikke er klar over at dette er prosesser internt i seg selv vil en fortro at verden endrer seg. («Det er ikke jeg som er syk»)

Feks større pupiller – lysømfintlighet er veldig merkbart  
Tilsvarende med tørr i munnen, ekstrem pusting (kan medføre besvimelse)

Om en er i ferd med å sovne så får en en kontrolltapsfølelse, og hjertet begynner å gå.

Alle de somatiske reaksjonene er ufrivillige, en har ikke kontroll over det.

Den somatiske reaksjonen er litt høna og egget, det er vrident å si hva som kommer først, de fysiologiske reaksjonene eller selve angsten.

Typer fobier (inndeling iht pensum)

1. Dyrefobier (hunder, fugler og fjær, slager) – veldig vanlig (hundefobi er det største kliniske problemet i Norge)
2. Fobier for naturlige miljøer – høyder, mørke, vann (vannskrekk), vind, mørkk
3. Situasjonsfobier – trange steder, åpne plasser, mange mennesker, fly
4. Fobier for blod, sprøyter og skader (tannlegefobi feks)
5. Andre fobier, inkludert sykdom og død (før syfilis og tuberkolose, nå aids og kreft)

Fobier er frykt som ikke er i proposisjon med virkeligheten, det er litt kontekstspesifikt (frykt for slanger i Finnmark). En opplever å bli hindret i sin livsutfoldelse.

Det er ikke så interessant med spesifikke fobier, men det er tydeligvis grupper av dem.

En diagnose er bare en inndelingssystem, det sier ikke noe om årsak. Hva en fobi kommer av er helt avhengig av det teoretiske vinklingen har bestemt seg for.

Freud: Signalangst – det er et signal om at en nærmer seg noe «umoralsk»  
+ også fortrenning. (En har både lyst og ikke lyst – konflikt fører til angst)

Behaviour: Fysisk reaksjon utløst av minimale stimuli.

Læringspsyk: Klassisk betinging, en har blitt skremt av en hund før.

- I de fleste fobier er det uklart at det skyldes at en ble påvirket.

Kognitivt perspektiv: Selvoppfyllende innøvde mønstre («jeg er så redd for at det kommer en hund» til sterk angstreaksjon ved hunder)

Det er mye mindre spekulasjoner i kognitivt perspektiv enn i psykodynamisk.

Viktig: Begreper og perspektiver må kunne holdes adskilt.

Behandlingsformer for angstlidelser

- Systematisk desensitivering (de fleste fobier)
  - Volte: Om en ser på angst som et kroppslig fenomen ser en at angst er uforenelig med avslapping. Det å få igang en avslappingsrespons kan en trene på. Dvs, ved å øve på avslapping først, så flytte de inn i situasjoner folk er redde for, så gjør en betinging.
- Flooding (Div. Situasjonfobier)
  - Kastet i vannet, så får en være der til det går over for vannskrekk. Dette fungerer. Teorien er at angstresponsen skyldes at unngåelsen som følger med. En klarer ikke å ha angst hele tiden, så etter en stund er en ikke redd for hunden lengre.
- Spenningsterapi (Blod-fobi)
  - Ved å lære å opprettholde spenning i kroppen slik at en unngår blodtrykkstapet.
- Eksponeringsterapi (PTSD, tvangsnervroser)
  - Gråtekoner, sorgfortregning.
- Kognitive terapiformer (panikkangst)

## Forelesning 2 - ekstraforelesning om psykoanalyse

2003-10-15 abnormalpsykologi

Psykoanalysen som utgangsteori for andre teorier, utgangspunkt.

Freud døde i 1940, i England, utvist fra Østerrike. Salvador Dali film fra 50tallet.

1900 tallet – Europa psykoanalyse, persepsjonspsykologi.

USA – behaviourismen (Watson – fra psykologi til reklame. Freud måtte ha privatpraksis for å tjene penger- dermed fikk en praksissituasjon jfr akademisk psykologi.

Kritikk fra akademikerne: (da fantes behaviourismen – Lille Albert – i USA) -etablert annen kritikk fordi

amerikanske psykoanalytiske forening viktig fram til 1980 tallet, og krevde at psykoanalytikere skulle være leger. (dvs, en får en kamp mellom teorier og laug)

psykoanalysen døde ut i Europa pga ww2, fortsatte i USA som over – mot betaling. Eksklusivt laugstenkning.

Derfor problem 2: Gjaldt for få personer (de som kunne betale) i USA. Ikke slik i Europa, dermed videre bruk i Europa.

DSM-II – 1980 tallet mye psykoanalytisk interessert

DSM-III – biologisk overtatt

og problem 3: du må psykoanalyseres selv (læreanalyse), skrive arbeider, godkjennes av forening – lite vitenskapelig. Læreanalysen gjør også det at det blir en mer eksklusiv forening. Adler – Jung, etc, avskalling fra psykoanalysen, tegn på dårlig teoribygging.

Psykoanalysen satte mye ord på ting, men dårligere vitenskapelig, empirisk diskusjon, fri intellektuell debatt.

Mye av psykoanalysen er ikke instrumentelt anvendelig, kognitiv psykologi er lettere å lage manualer av.

Freud -> Jung, Adler

-> Ana Freud (USA)

-> Sullivan (USA)

-> Willhem Reich (om karakterforstyrrelser)

-> Mellanie Klein (lite likt av Freud) psykoanalyse med barn / fantasilandskaler og primitive erotiske fantasier. - grunnlag for psykotiske fantasier.

-> Objektrelasjonsteori W. Bion

-> Objektrelasjonsteorier ( Otto Kernberg) – via jung / adler

Objektrelasjonsteori ble viktig i norsk psykoterapi. «Psykoanalysen bare bra for folk med et sterk overjeg, dvs, de har struktur» - ikke for borderline ol. - her kom objektrelasjonsteori inn.

Ganske bisarre forhold blir forståbare via objektrelasjonsteroi, feks Goldberg og eksempel med mann – morder, som levde i klinisk kvinnekropp.

Litt om teorigrunnlaget

Klinisk psykologi: Alle nevroseser er motiverte! «Hva er det egentlig du vil?» (det vet de ikke) – det du ville en gang har røtter tilbake til barndommen, men det er så mange lokk på dette.

Somaforme lidelelser – kvinne som ble lam, konflikt mellom passe på syke far og gå ut i livet – symptomet har tatt seg av problemet, dvs, en får ikke sorgen over å være syk.. Konflikten «løst» ligger i symptomet.

Hva er det du vil? symptom som Motivkonflikt. - men hvorfor blir noen syke av det? Freud: Tidlig overstimulering som har gjort pasienten sårbar og ført til nachträglich (etterkant), sårbarhet slår ut i full blomst seinere.

Hva slags overstimulering? Først seksuelt misbruk – popper opp som problem når bar bøter sin egen seksualitet.- så seinere at det var fantasier – ny runde i Norge på 80 tallet (Bjugn saken feks) – det som er igjen er: «Seksualiteten er ikke begrenset til voksne livet, og hvis en utsetter barn for dette kan det få følger». Rundt århundreskiftet var det sterk oppdragelse på bla pottetrening, onani. «Det å begrense seg utøve selvbeherskelse er tegn på en integreert person» (Siste kakestykket)

Signalangst: det du får når du nærmer deg å gjøre det forbudte. En utviklingspsykologisk og ikke biologisk årsak til at folk blir syke i vanskelige livssituasjoner. (derfor barnevern ol)

Dette var tiden en kom på det at mennesker kunne finne seg selv ved å prate. Informasjon fantes det ikke noe ord for, Freud levde i dampmaskinens tid, og måtte derfor kles i «energiform» teori. (nerveimpulser var målbare strømpulser, hjernen et elektrisk apparat) Freud fant derfor på:

- Libido – nå bare kjønnsdrift, men for Freud: «seksuell energi». Som bygger seg opp og trenger utladning utløsning. Trodde det samme om aggresjon – veldig farlig tankegang og ikke godtatt i dag. (Det er ikke lurt å øve på å utøve sinne!) «unger blir ikke mindre aggressive av å drive med boksing».
- 

mennesker bygger reder i form av kultur. I det redet legger en ungene sine. Mennesker har en plastisk formbar seksualitet, libido er det som formes.

Willhem Reich: veldig opptatt av libido. Først med karakteranalysen – alle karakteristiske væremåter, inklusivt biologiske muskulære spenning, hadde som hensikt å stoppe libido energien til å få utløp. (pga disiplinering som barn) – førte til muskelspenninger og disassosierte deler av kroppen.

Utviklet i Norge: Bioenerigetisk behandling. Psykomotorisk behandling fra fysioterapeuter.- orgonskapet hvor en kunne samle opp biologisk energi.

## Forelesning 3 - grunnleggende + schizofreni

Abnormalpsykologi 2003-10-22

Eksamen: 6 fra personlighet og 6 fra abnormal og en må svare på 4 fra hver. Alle tegn på at en tenker selv teller positivt (men husk dokumenterbarhet, empiri) - ikke bare reproduisering av pensum.

Nødvendig betingelse for abnormalitet: At alle som klassifiseres som abnormal deler en eller annen egenskap

Tilstrekkelig betingelse for abnormalitet: Minst ett element som klart skiller mellom abnormmale /normale fenomener slik at vi finner det bare ved abnormalitet og aldri hos normale.

Hvordan konstantere abnormalitet?

- Avvik fra statistisk norm
- Avvik fra sosial norm - kulturelt betinget
- Maladaptiv / ufunksjonell atferd
- Subjektiv lidelse / ubehag (distress) - sosiopater ol faller utenfor her
- (Husk de 3 D ene fra passer & smith)

Andre elementer:

- Irrasjonell / uforståelig atferd (typ psykosier)
- Manglende predikerbarhet / kontrolltap (borderline ol)
- Ukonvensjonell / «vivid» atferd
- Atferd som utløser ubehag hos observatøren
- Atferd som krenker moralske standarder («offentlig ubluhet»)

De tre siste er knyttet til sosiale normer.

Desto flere av elementene over som synes desto mer sannsynlig er det at personen har en abnormal lidelse.

Hva karakteriserer de som ikke er abnormale?

- Rimelig korrekt tolkning av realiteten
- Kjenner egne motiver og følelser
  - stridsspørsmål i hvor stor grad mulig (psykoanalytikere vil si umulig)
- Positiv selvfølelse
  - stabil uavhengig av hva andre synes
- Evne til å etablere nære følelsesmessige relasjoner
  - Typisk objektproblematikk (viktig)
- Realisering av egne evner i produktiv / kreativ virksomhet

Hvorfor stille diagnoser?

- Kategorisering av individer fra felles kjennetegn gjør at en stiller sterkere når det gjelder å finne kjennetegn. (kategorisering og diagnostisering)
- Kommunikasjon mellom fagfolk, feks om noen flytter kommuniserer DSM-IV kategoriene mye.
  - Bakdelen er at fokus kommer vekk fra det spesifikke og unike ved individet. (Rogers,

- humanistisk psykologi)
- Det andre bakdelen har med sosialpsykologi og selvoppfyllende profetier å gjøre, når en får en diagnose får en også et stempel, noe som gjør at andre oppfører seg \*annerledes, som igjen kan fremprovosere atferd.
- 3dje bakdel: det er forskjell på psykologer og psykiatere, psykologer vil typisk også basere seg på andre ting enn selve DSM / ICS diagnosen for å få et mer nyansert bilde av pasienten (personlighetstester, projektive tester, eysenck, rorsach, fysiologiske mål, atferdsmessige mål, vurderinger fra andre) Dette er ofte viktigere enn selve diagnosen.

Forståelse av abonormale lidelser utfra forskjellige modeller:

- Biologisk: Gener, hjernen
- Psykodynamiske
- Kognitive – det er folks tanker som skaper problemer
- Læringsperspektiv

Det er viktig å ikke binde seg til noe spesielt perspektiv – dette er kompliserte problemer hvor alle modellene har noe å bidra med. Om en velger en modell ser en ikke ting som er helt selvsagt fra en annen modell synspunkt.

Schizofreni

Helt klart et område hvor den biologiske modellen er viktig. Fra grekerne som definerte hysteri. (Seinere tatt opp fra Freud) Syndromet (samling av symptomer) – vandrende livmor (gresk). Seinere hekseprosesser..

Den første som definerte en psykologisk systematisk modell var Freud – første systematiske modell basert på individets erfaring. Bare ca 100 år siden!

Vi er nå inne i en biologisk bølge. Dette kan skyldes GP (Generalis Paralysis) og syfilis. Kraft Ebbing ca 100 år siden, tok noen pasienter som nektet de hadde hatt syfilis, og infiserte dem med puss fra syfilis sår, og ingen utviklet nye sår. (Tilsvarende som ved barnesykdommer) I dag er det ingen tilstander i pensum som har så enkle forklaringer.

Schizofreni er en heterogen lidelse (shcizofreniene) – dvs, det er mange som tenker på det som flere lidelser.

Schizofreni: Symptomer

- Tankeforstyrrelser
  - sammen med persepsjonsforstyrrelser absolutt mest sentralt.
  - Viktig: Dette gjelder både tankeprosess og tankeinnholdet. Innholdet er vannforestillinger, men det er også problemer med tankeprosesser – ordsalat som symptom.
- Persepsjonsforstyrrelser
  - Hallusinasjoner – mest vanlig i auditive, hørsel å gjøre.
- Affektive forstyrrelser
  - Emosjonelle uttrykk, reaksjoner som ikke er vanlige i henhold til situasjon eller emosjonell
- Tilbaketrening

Type 1 og type 2 inndelingen er viktig, andre inndelinger er ikke like interessante. Type 1



kan ha med dopaminforstyrrelser, type 2 med strukturelle endringer i hjernen.

Kognitive dysfunksjoner

- Symptomer varierer over tid, og symptomer kan forsvinne over tid

tidligere: Schizofreni skyldtes problemer med oppmerksomhet (fokus på det som er relevant enn det som er irrelevant)

Vulnerability factor

Mediating factor

Symptom factor

Strup test er en test av oppmerksomhet, som kan brukes for å teste dette.

Dette har en problemer med både om en har symptomer eller ikke! (Dvs, det er snudd fra sykdom -> oppmerksomhetsproblemer til omvendt!)

Genetisk sårbarhet til schizofreni – genetisk disposisjon. Dette ser en utfra konkordans mellom eneggede tvillinger vs vanlige søsken. Konkordanstallet ligger på rundt .5. Høyere grad av slektsskap -> Høyere grad av sjanse til å utvikle schizofreni.

Hvorfor?

- Samme miljø
- Samme gener

Hvordan sjekke?

- Sjekke mot adoptivstudier

Andre faktorer?

- prenatalt – feks mangel på oksygen i svangerskap eller rundt fødsel
- Ting under tidlig oppvekst.

Side 450 i pensum viser en spesiell måte å holde fingrene på som tyder på schizofreni.

## Forelesning 4 – personlighetsforstyrrelser

2003-10-28 abnormalpsykologi

Person kommer fra persona på gresk – maskene en brukte ved skuespill. I dagligtale brukes personlighet gjerne om andre, gjerne via attribusjonsteori. (innad utfra situasjon, utad utfra personlighet)

DSM-IV kriterier for personlighetsforstyrrelser

Personlighet er vanskelig å måle, men det er viktig for mennesker å kunne forutsi hvordan andre oppfører seg (feks astrologi) .

Personlighetsforstyrrelser = sykdom i personligheten. Upresist fordi selve begrepet personlighet er vanskelig. Dvs, det er snakk om reelle sykdommer, men disse er objektivt vurdert.

I før DSM-III så het det karakternevroser, i DSM-III ble disse tatt ut, og en fikk personlighetsforstyrrelser + symptomdiagnose (tror jeg)

Pensum har gått fra å være teoretisk til empirisk, dvs, vekk fra de gamle store teoriene til undersøkelser, men personlighetsforstyrrelser er basert på teoretisk grunnlag. Også et trygderettslig vanskelig kategori, fordi «personen er jo sånn, hvorfor skal han ha uføretrygd?». («De burde kunne ta seg sammen»)

DSM brukes bare til forskning i Norge.

(Fra foilen)

Et vedvarende mønster av indre opplevelse og atferd som avviker markert fra forventningene til kulturen omkring. Dette kommer til uttrykk i to eller flere av følgende områder:

- 1) Kognisjon, dvs måter å oppfatte og fortolke seg selv, andre og hendelser. - Kliniske eksempler seinere, men dette er måter å oppleve verden på som ligger veldig nært psykoser, uten at det er psykoser. Feks komplotter, skjulte signaler, disorganisert verden (feks tiltrekning til spesielle sektmiljøer), overdreven oppfattelse av egen viktighet.
  - 2) Affektivitet, dvs omfang, intensitet, labilitet og hvor adekvat emosjonen er. - Gjerne en voldsom affektiv utladning som andre synes er underlig. (Uproposjonalt)
  - 3) Mellommenneskelig fungering – Relasjonene vi har til andre er mest vesentlig for å kunne ha livskvalitet. Her er dette alt fra mishandling til flukt fra alt som har med andre å gjøre.
  - 4) Impulskontroll - tenk «Han sto så lagelig til for hogg»
- Det varige mønsteret er rigid og gjennomgripende over et spekter av personlige og sosiale situasjoner. Dvs, det skal ikke være øyer av normalitet. (Det er veldig vanskelig å spille normal for en abnormal person)
  - Det varige mønsteret skal føre til klinisk betydningsfull lidelse eller svikt i sosial, yrkesmessig eller annen viktig fungering. (Dette er for å velge vekk de som selv har valgt å være eksentriske, og er fornøyd med det)
  - Mønsteret er stabilt, av lang varighet og begynnelsen kan spores til ungdommen eller tidlig voksen alder. (Dvs, ikke onset før 20 år)

- Det varige mønsteret lar seg ikke bedre forklare av en annen sinnslidelse. Dvs, om en har hatt en schizofren episode forklarer en senere problemer med schizofreni.
- Mønsteret skyldes ikke rusmidler, medikamenter eller annen medisinsk grunnlidelse som hodeskade el.l.

Elling har mye med Astbergers syndrom, dvs, ikke nødvendigvis en personlighetsforstyrrelse.

Tre dimensjoner i personlighetsforstyrrelser:

- Odd-eccentric disorders (Rarhet) Disse tre er hentet fra det psykotiske ordforrådet - her ser en slektsskapet til psykosene.
  - Schizotypal – Veldig rar men ikke schizofren, ofte springende og rar kommunikasjon.
  - Schizoid – (husk eksempel fra forelesning) ingen schizofrene symptomer, men rent teoretisk viser tydelige preodipale tegn. (Tilbaketrekning ikke pga manglende sosial mestring, men fordi en beskytter det indre rommet mot psykoser - en sliter med å forholde seg til seg selv.) «Relasjonsløs» er nøkkelordet. (Kvinner blir ofte sjekket opp og gift med dominant, menn blir sittende hjemme)
  - Paranoid – Ofte ressurssterke personer (siden de ikke er psykotiske), men som belaster saksbehandlere, kongehuset, osv.
- Dramatic-erratic disorder (Framkaller huskestue noen ganger i uka) – affekt ligger gjerne her.
  - Antisocial disorders
    - Dyssosial – se foiler. Her ligger psykopaten i dag. En «skurk», en person uten installert overjeg, og som blåser i andres lidelser. Har ingen historie, kan veldig ofte starte på nytt med en gang etter å ha forlatt noe. Psykopater surfer på den alminnelige tillitskontoen.
  - Histrionic
  - Narcissistic
    - Freud: «Hans majestet barnet». Dette er viktig (solen på innsiden), men noen tilfeller skjærer dette seg, og foreldrene ødelegger dette.
    - Sterk overdrevne forestillinger om sin egen betydning. En begavet narcissist kan komme langt, men dette er vanskelig for andre. Lite glad i ensomhet, må få med folk, få ovasjoner osv. Kan bli dramatiske problemer i militæret – personen blir over evne rasende ved kritikk, selvironi, motgang (som alltid skyldes andre)
    - Skille mellom en narcissist og en psykopat er hårfin. Ledere som hopper fra jobb til jobb akkurat på riktig tid og forlater kaos etter seg.
    - Kan være skadelig for familier, siden familien er
  - Borderline
    - Ustabil personlighetsforstyrrelse
    - Gamle dager: Stabil / ustabil. Neurotiske plager som kommer og går, vekslet med harde emosjonelle perioder. I psykoanalytisk teori: Primitive forsvarsmekanismer. (Fatal Attraction) Typisk: Voldsomt forelskelse, men ved den minste frustrasjon, så blir så blir personen en djevel. (Selvskading / risp er typisk symptom, også spise glasskår, drikke klorin)
- Anxious-Fearful disorders
  - Avoidant
  - Dependent
  - Obsessive-compulsive

(De tre første over) Fra dementia precox diskusjonen, hvor personlighetens forskjellige bestandeler blir splittet opp (Breuler?) Affektkontroll, realitetstesting, skille fantasi og

virkelighet.. For å få diagnosen schizofreni må en ha hallusinasjoner ol. Disse med de tre punktene her har fortsatt en evne til realitetstesting. (Neuroser fra Freud pga lystkonflikter fra barndommen, hvor kommer psykosene fra? I følge psykoanalytikerne en defekt i personligheten som oppstår på et tidligere tidspunkt enn neurosene. Rester fra en pre-odipal verden)

I grenseområdet psykose og nevrose (psykoanalytisk fra 1.5 til 2.5 år) – Melanie Klein

Før ville en få diagnosen grensepsykose i Norge.

Alle disse ordene over henviser til forskjellige psykologiske teorier!

Litt om årsaker: Den genetiske komponenten er merkelig lav i forhold til mange andre forstyrrelser. Dvs, miljøet kan ha mye å si. Dette kan også være helt forskjellige lidelser.

1-2 belastningsfaktorer har ikke nødvendigvis noen betydning, men 2-3 og flere øker kvadrerer faren for personlighetslidelser. 5 faktorer på Tyrelli! (foiler)

Psykopater kan ofte skyldes ukjærlig omsorg, og tyrannisk og dramatisk avstraffelse. (Dvs, en har ikke identifisert med foreldrene som kjærlige individer, slik at straff blir en for for angrep på personen.)

Behandling: Vanskelig, fordi folk innreder seg så underlig. En kan behandle symptomene med medikamenter. Lithium for borderline, osv. Psykoterapi brukes ofte i Norge.

## Forelesning i abnormalpsykologi 2003-11-05

Typiske nivåer i abnormalpsykologi / psykopatologiforskning: (schizofreni i parentes)

- Atferdsnivå (hallusinasjoner ol)
- Kognitive dysfunksjoner
- Blood flow
  - Registrering av endring av blodflyt (oksyginert blod) til forskjellige deler i hjernen, feks via fMRI
- Neurotransmittere basale neurologiske fenomener i hjernen
  - (Dopamin) Serotonin for depresjoner
- Genetikk (også prenatalt)

Dopaminhypotesen: Det er for mye dopamin i hjernen, trolig fordi det er flere receptorer for dopamin. Tre årsaker: Medikamenter: Virkning av neuroleptika for å hindre opptak av dopamin i receptorer. Parkinsons sykdom rammer senter som produserer dopamin. Om disse får et middel som høyner nivået på dopamin i hjernen så letter dette symptomer. Om scizofrene fikk de gamle medikamentene så utviklet de parkinsons lignende symptomer. 3Dje bein: Effekten av speed / amfetamin frigjør dopamin, og en kan få psykososer (lar seg behandle med medikamenter noen ganger, men kan også føre til livsvarig sykdomshistorie)

Aspekter fra schizofreniforskning (til foreleser):

- Oppmerksomhetslidelser (Stroop testen feks) – ordsalat
- Arbeidshukomelse

Viktige med MR studier: Å kunne provosere hjernen på riktig måte. Feks arbeidshukomelse: Først trykke hver gang en ser et 7 tall. Så legge sammen de to forrige tallene og trykke hver gang summen er 10. Det en ser når en gjør den første testen er aktivering helt bak i hjernen. I studie 2 så ser en aktivering midt i hjernen parietallappene (hoderegning) og i fronten av hjernen (arbeidshukomelsen)

Viktig teori for schizofreni: Hypofrontalitet som fører til en underkativering i frontallappene (hypo – under, motsatt av hyper).. Hos schizofrene blir det ingen målbar ekstra aktivitet i frontallappene, men en overengasjering i parietallappene. Dette kan være et tegn på en kompensierende mekanisme. Schizofrene svarer også mye oftere feil, og bruker lengre tid (ukonsentrerte normale bruker kortere tid).

For 30 – 40 år siden var teoriene om årsaker tatt rett ut av lufta, som «kalde mødre». Men, det er en side ved miljøfaktorer som en har fokusert på: Familiekommunikasjon: Stor grad av utrykt kritikk, fiendtlighet og overinvolvering [expressed emotion]. Kommunikasjon foregår på en forvirrende måte. Dette har ikke med sjansene for å få schizofreni å gjøre, men med dårligere prognoser. Teori: Om en gjør noe med familiekommunikasjon, endrer dette prognosen? Ja, der en får det til så påvirker det prognosen i positiv retning.

Selv om en vet en god del i dag bør en unngå reduksjonisme – å redusere kompliserte fenomener til enkle biologiske fenomener (biologisk reduksjonisme)

Neste tema: Mood disorders / affektive lidelser

Passer & Smith er grundig her, og det er mye overlapp.

Symptomer unipolar depresjon: - the common cold of..

- Humørrelaterte (emosjonelle symptomer)
  - Følelsen av å være trist
- Kognitive symptomer
  - Negative tanker om seg selv, sin aktuelle situasjon og fremtiden
- Motivasjonelle symptomer
  - Manifesters med problemer med å komme i gang med handlinger og atferd.
- Somatiske symptomer
  - Søvnvansker, særlig tidlig oppvåking og dårlig appetitt.

Skille mellom exogene og endogene depresjoner kan ha noe å si – dvs, om det kommer utenfra eller innenfra. De to første punktene over er typisk for depresjoner som kommer utenfra, de to siste fra indre.

Se også Becks personalitetsinventorie.

Foreskjellige teorier: Hvorfor er det flere kvinner enn menn som er deprimerte? Teori: Hormoner, kulturelt betinget (kvinner er passive, men aggressive – blir alkoholikere i stedet). Korrelasjon med slankhetsidealet, gjort i krysskulturelle undersøkelser. I samfunn hvor det ikke er et slankhetsideal finner en ikke kjønnsforskjeller i depresjon. Dvs, det er ikke bare serotonin som spiller noen rolle!

Tidlige livshendelser kan også ha noe å si. (Studier fra London)

- Tidlig sårbarhet (tap av mor)
- Aktuell stressor

Begge disse sammen øker sjansen kraftig.

## Depresjoner / affektive lidelser, somatoforme lidelser. Div kommentarer på gamle eksamensoppgaver.

Abnormalpsykologi 2003-11-12:

Først mer om depresjoner

Forskjell på en psykose ved bipolar og schizofreni er at ved schizofrene skal ha symptomer uten depresjoner / mania også (minst 6 mnd uten et stort skifte i humør). Også annen kategori schizo-affektive, men også her psykoser uten mood forstyrrelser.

Depresjoner kan være en dødelig lidelse!

Forståelse er vanskelig utfra bare en modell.

Biologi:

- I alle fall for de tyngre depresjonene er det klare biologiske årsaker
  - Ubalanse i neurotransmittere, hovedsakelig for lite serotonin – alle medikamenter regulerer denne balansen.
    - Hemning av enzymer som hemmer nedbryting (MOA?)
    - SSRI – Selektive serotonin reuptake inhibitors – lykkepiller
  - Det kan ta flere uker før en får effekt, noe som kan tyde på at det skyldes en form for læringseffekt.
- Link til stresshormoner, særlig kortison. Kortison har neurotoksiske effekter. Spesielt hippocampus (limbiske system) blir påvirket – har med læring og humør å gjøre. Dvs, mange depressive episoder kan føre til hjerneskader! (Kjemisk lobotomi diskusjonen)
- Forrige nummer av Science – det skjer noe hele tiden.

Kognitiv terapi:

- Lette til moderate unipolare tilstander kan en tilby veldig effektiv terapi, ofte i kombinasjon med medikamenter.
- Aaron Beck: Utdannet psykoanalytiker, men utviklet seg mot kognitivt.
  - Kognitiv triade – se forrige fil.
  - Logiske feilslutninger:
    - Arbitrary inference - tilfeldige slutninger
    - Selective abstraction – fokusering på ubetydelige detaljer
    - Overgeneralisering – om egne evner og egenskaper
    - Magnification / Minimalization – små negative hendelser blåser opp, positive minimaliseres
    - Personalisering – en har en tendens til å ta på seg alt ansvar, skyldfølelseproblematikken.
  - Prediksjon: Om jeg endrer dette så vil de komme ut av depresjonen (vitenskapelig metode): Utviklet den kognitive terapien: (basert på observasjoner av pasienter)
    - Via en samtale, identifisere de konkrete dysfunksjonelle og aktivt korrigerer dette. (Sokratisk metode – en prater med folk)
    - Bruker aspekter fra atferdsterapi, som systematisk belønning (ikke fordi belønningen er viktig, men fordi
  - Ofte kan en komme veldig langt med 10-12 timer, men andre ganger kan det ta flere år (feks ved faste personlighetsforstyrrelser)
- Lært hjelpeskøshet: (Seligman) Basert på dyrestudier opprinnelig. Klassisk betingingssituasjon hvor en får et støt og ikke kan slippe unna.

- Analogimodell, basert på likhetstegn mellom dyr og mennesker.
- Basert også på attribusjonsteori (fra sosialpsykologi)
- Individuer med predisposisjon for depresjoner har en spesiell attribusjonsstil
- Hvordan vet en dette?
  - Ved å se på korrelasjonsstil, da finner en attribusjonsstil / depresjon korrelasjon.
  - Longitudinelle studier – også i Trondheim
    - Test i forsvaret, på rekruttskolen ved hjelp av skjema – ASQ – Attributional Style Questionare.
    - Så oppfølging når de ble sendt til Nord Norge o.l.
    - Sjekk om det var en predikasjon.
    - Det var det -> Kausal link.

Både kognitiv terapi og medikamenter er bedre enn placebo.

Om en følger pasientene over lang tid ser en at det er en mer langvarig effekt av kognitiv terapi enn medikamenter. Antagelse om at personen har lært å identifisere noe, slik at han selv kan gjøre noe. Medikamenter er derimot en passiv behandling

Somatoforme forstyrrelser (kapittel 6)

- Endring i fysisk funksjon (primært)
  - Døvhhet, paralyser, lammelser, andre..
- Kan ikke forklares ved en kjent neurl / fys tilstand
- Klare h.pkt er for at psyk faktorer er relatert til symptomer.
- Pasienten er ofte indifferent (likegyldig) til tap / forstyrrelse av funksjon.
- Symptomer er ikke under viljemessig kontroll.
  - (Om det er det er det munchausen o.l. - personer som selv produserer symptomer for å få oppmerksomhet)

Flere former:

- Hysteri
  - Ett organ som ikke fungerer.
  - Konversjon av et psykologisk forhold.
- Smerter
- Hypokonderi

Brikes syndrom – har en rekke symptomer, starter i god tid før 30 år, feks mageproblemer o.l. Fibromylargi kan være noe slikt.

Husk, forskjell fra psykosomatiske og somatiske lidelser: For de psykosomatiske kjenner en mekanismen.

Etiologi for somatoforme lidelser

- Psykoanalytisk
  - Fysiske symptomer forstås som forsvar-nøytralisering. Angst som generes av den ubevisste konflikten. Termer som psykisk energi som omformes. Symptom har gjerne en symbolfunksjon.
- Kommunikasjonsperspektivet
  - Symptomet formidler underliggende psykisk stress.
  - Alexithymi er ofte et aspekt av dette. («Ingen ord for følelser»)
    - Pasienter referer til kroppslige fenomener, ikke følelser.



- De som får snakket om ting har ofte bedre prognose.

#### Disossiative forstyrrelser

Forskjellige effekter, spesielt som har med hukommelsen å gjøre – de skilles ut. Relativt sjeldent under fredstid, men vanligere under krig pga utsettelse for traumer.

Disossiativ amnesi: Mister hukommelsen for hvem en selv er. (Dette er ikke typisk for hjerneskade, bare eplepsi ol)

Disossiativt identitetsforstyrrelse: Hvor en er delt i flere personligheter. Kontroversielt tema – men trolig reelt om enn sjeldent. Også basert på psykiske traumer, ofte seksuelle alvorlige overgrep i tidlig barndom (4-6 år)

#### Eksamen:

Husk å fortelle hvorfor – empiri er viktig:

- 5 oppgaver på abnormal, svare på 3
- samme på personlighet.
- Øvelse i å være spesifikk og fokusere på det som er viktig.

1. Bruk tid på å lese gjennom oppgaven!
2. Ikke være taktisk, velg i prioritert rekkefølge de oppgavene en kan best
3. Begynn med det en kan, men skriv stikkord på de andre.
4. Ikke bruk lang tid på innledning. Avslutning er litt annerledes om en klarer å trekke en konklusjon.
5. Dra inn forskning, eksperimenter, studier – men bare det relevante!
6. Å skrive om alt det andre drar ned!

#### Noen tidligere oppgaver: (Essay)

- v2003: Kognitiv terapi, teoretisk bakgrunn og praktiske anvendelser.
- Diskuter oppmerksomhet i abnormalpsykologi - schizofreni
- Variant hvor en må sammenligne to typer lidelser.
- I hvilken grad kan biologiske faktorer forklare psykiske lidelser?
- Hvordan kan ulike terapiformer kombineres i unipolar depresjon?
- Hva vet vi om årsaker til schizofreni? (men kanskje et annet fenomen enn schizofreni)
- Forklaringsmodeller for angstforstyrrelser

Om et får et tema (Angst, frykt, personlighet), så må en si noe om kjernen i temaet

#### Og noen kortspørsmål (fra 110):

- Årsaksfaktorer for schizofreni
- Gjør rede for hensikter med diagnoser, og gi rede for ..
- Beskriv hendelser som kan føre til PTS, og diskuter ting som kan lindre dette.
- Faktorer som kan være virksomme i alle former for terapi – faktorer som har med terapeutens væremåte o.l.
- Hva vet vi om årsaker til psykologiske lidelser, i lys av stress / sårbarhets modellen.
  - Schizofreni – genetisk sårbarhet
  - Depresjon – tap av morsfigur i barndom (psykologisk sårbarhet)
  - Presenter stoffet slik at det blir en generell tankemodell
- Om MMPI
  - Essense i måten den er bygd opp på (empirisk derivert), kanskje sammenligne med

- projective oppgaver.
- Om borderline personlighetsforstyrrelse.
- Om disasosiativ hukommelsesforstyrrelse
  - Hukommelse, hvordan det oppstår o.l.

**Det en får som oppgaver er ting som er diskutert på forelesningene!**

Ingen rene metodeoppgaver eller historiske oppgaver, bare fenomener og hvordan de arter seg og hvordan en forstår dem. Ulike former for behandling er relevant – men ikke i like stor grad biologi.

Stryk er de som ikke holder seg til tema (systematisk – 1,2 glipper er greit)